Münster i/W. 1934. No 53 Med Diss.

Aus der Frauenklinik der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. H. R. Schmidt.

Die Klinik der Adenomyosis recto-vaginalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines doctor medicinae

durch die

Medizinische Fakultät

der

Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster,

in Gemeinschaft

mit der Medizinischen Akademie in Düsseldorf,

vorgelegt von

Rudolf Lucas

aus Eschweiler.

Quakenbrück

Druck: Handelsdruckerei C Trute,
1932.

Referent: Prof. Dr. H. R. Schmidt.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Seinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet
vom Verfasser.

Während die meisten Autoren sich in der Adenomyosis-Frage mit der formalen und kausalen Genese beschäftigen, ist die Klinik im Schrifttum verhältnismäßig zu kurz gekommen. Die klinische Diagnose bereitet heute noch in sehr vielen Fällen große Schwierigkeiten. In dieser Arbeit soll der Versuch gemacht werden, an Hand von drei Fällen, die im Laufe eines Jahres in der Frauenklinik der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf beobachtet wurden, die hervorstechendsten klinischen Symptome herauszuschälen und dadurch die klinische Diagnosenstellung zu fördern.

Mit der Bezeichnung „Adenomyosis" wird eine Gruppe von Wucherungen zusammengefaßt, die charakterisiert sind durch ein gutartiges Tiefenwachstum von Drüsenschläuchen in Bindegewebe und Muskulatur im Bereich der Genitalien und des visceralen und perietalen Peritoneums unter gleichzeitiger, verschieden starker Hyperplasie von Bindegewebe und Muskulatur (Albrecht). Die Adenomyosis recto-vaginalis wird beschrieben als „eine knotenförmige, fortschreitende Gewebswucherung, die das umgebende Gewebe infiltriert, überall neue Wachstumsherdchen erzeugt und wohl einen organoiden Bau zeigt, aber in der Anordnung der Elemente einen von dem normalen sehr abweichenden Charakter hat" (Josselin de Jong).

Durch die Arbeit von Albrecht ist die Adenomyosis-Frage auf eine einheitliche Grundlage gebracht worden, und so unterscheidet man heute die Adenomyosis interna von der Adenomyosis externa, wobei die letztere wiederum in die intra- und extraperitoneale Form unterteilt wird.

Bei der Histogenese der Adenomyosis interna nehmen heute alle Autoren an, daß das Epithel von der postfetalen Schleimhaut des Uterus und der Tube stammt. Bei der Adenomyosis externa ist die Frage der Histogenese noch ungeklärt; jedoch ist die Sampson'sche Theorie die vorherrschende, die besagt, daß implantierte Schleimhautbröckel des Uterus, in selteneren Fällen der Tuben den Ausgangspunkt für die Adenomyosis externa bilden. Infolge Stauung des Menstrualblutes sollen Schleimhaut-

bröckel des Uterus durch „retrograde Menstruation" in die Ovarien gelangen und dort die sogen. Teer- oder Schokoladencysten bilden. Diese können rupturieren, wodurch endometriumhaltiger Inhalt ausgeschwemmt wird, der sich an irgendeiner Stelle, vorzugsweise im Cavum Douglasii, festsetzt und hier zur Knötchenbildung Anlaß gibt.

In einem Teil der Fälle bildet das Serosaepithel den Ausgangspunkt für die Adenomyosis externa. Hierfür kommen die serösen Häute des kleinen Beckens, insbesondere des Uterus, der Tuben, der Ovarien und des Cavum Douglasii in Betracht (Meyer a).

Baer läßt die Frage einer „metastatischen Ausbreitung der heterotopen extraperitoneal gelegenen Uterusschleimhaut in den Lymphspalten der Nerven" offen, da er in einem Falle „sympathische Ganglienzellen im fibrinösen Gewebe und innerhalb der heterotopen Uterusschleimhautinseln" fand.

Bei der kausalen Genese müssen wir ebenfalls zwischen Adenomyosis interna und externa unterscheiden. Die Adenomyosis interna ist bedingt durch eine krankhafte Hyperregeneration der Schleimhaut (Robert Meyer b), wobei allerdings auch hormonale Faktoren der Ovarien eine bedeutende Rolle spielen (Artusi). Für die kausale Genese der Adenomyosis externa sagt Sampson, daß irgendwelche Veränderungen den normalen Abfluß des Menstrualblutes hemmen und die Rückstauung bewirken. Für das Angehen und die Entwicklung der implantierten Schleimhautbröckel ist der Reiz des Menstrualblutes maßgebend.

Robert Meyer hält die Entzündung für den ausschlaggebenden Faktor zur Entstehung der Adenomyosis externa (Meyer und Kitai); aber auch hier soll sie vergesellschaftet sein mit der Hormonwirkung der Ovarien (Lauche a).

In dieser Arbeit soll lediglich von der Adenomyosis rectovaginalis die Rede sein, die, wie der Name sagt, im recto-vaginalen Zwischengewebe die für die Adenomyosis charakteristischen Veränderungen erzeugt.

Zur weiteren pathologisch-anatomischen Orientierung verweise ich auf die Arbeiten von Albrecht im Halban-Seitz: „Biologie und Pathologie des Weibes" und von Robert Meyer im Henke-Lubarsch: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie (siehe Literatur).

Die klinischen Symptome wurden hauptsächlich nach der Arbeit von Albrecht zusammengestellt.

Die Adenomyosis recto-vaginalis befällt meist Frauen im geschlechtsreifen Alter (Lauche b). Es handelt sich um Nullipara oder aber um solche Frauen, bei denen die letzte Geburt meh-

rere Jahre zurückliegt (Albrecht). So berichtete auch Robert Meyer, daß von 5 Frauen, bei denen er die Adenomyosis externa beobachten konnte, keine geboren oder abortiert hat (nach Albrecht). Trotzdem wurden bisher bei keiner Frau infantile Merkmale, die vielleicht die Sterilität verursachen könnten, beobachtet.

Die Krankheit kann mit der Menstruation in Zusammenhang stehen (Lauche c); diese kann dann verstärkt oder verlängert, unregelmäßig oder schmerzhaft sein. In anderen Fällen wiederum, ob nun eine Beziehung zwischen der Adenomyosis und der Menstruation angenommen werden muß oder nicht, findet man keine Abweichungen vom normalen Menstruationszyklus.

Die Erkrankung beginnt nicht im Uterus, sondern kleine Knoten sitzen über dem hinteren Scheidengewölbe im recto-uterinen oder recto-vaginalen Zwischengewebe (Meyer b). Beteiligen sich die Knoten an der prämenstruellen Schwellung, so werden diese größer, um nachher wieder abzuschwellen (Baer). Während dieser Zeit macht sich ein Spannungsgefühlt mit leichten Schmerzen im Becken bemerkbar. In den Knoten entwickeln sich oft kleinere und größere Zysten. Sind diese mit Blut gefüllt, was des öfteren der Fall ist, so kann man an eine Beteiligung der menstruellen Blutungen denken. Durch Fistelgänge, die in die Vagina, und zwar meist ins hintere Scheidengewölbe durchbrechen, entleert sich das Blut nach außen. Die Blutung wird durch mechanische Reizung, z. B. Kohabitation, angeregt oder aber verstärkt und kann in einigen Fällen Schmerzen auslösen. Findet keine Entleerung der Zysten statt, indem sich keine Fistelgänge ausbilden, so werden sie mit jeder Menstruation größer, das Blut dickt sich ein und bei der Operation findet man dann die mit schokoladenfarbenem Inhalt angefüllten Zysten. Häufig werden bei der Operation auch im Ovarium Teerzysten entdeckt (Albrecht). Diese sollen, wie oben schon erwähnt wurde, nach Sampson durch retrograde Menstruation entstehen. In der Literatur konnten wir keine Angaben darüber finden, ob solche Zysten klinisch schon diagnostiziert wurden.

In vorgeschrittenen Fällen werden die Knoten im hinteren Scheidengewölbe größer und größer, die Wucherung bleibt nicht mehr auf umschriebene Knoten beschränkt, sondern breitet sich unscharf in den Organen und zwischen ihnen aus. Hierdurch wird das Rektum mehr oder weniger stark komprimiert und der Stuhlgang erschwert. Mit dem Wachstum der Knoten ist eine Zunahme der Schmerzen verbunden, die während der Menstruation verstärkt sein können. In einigen Fällen treten die Schmerzen überhaupt nur im Anschluß an die Periode auf, dauern mehrere Tage und fehlen dann bis zur nächsten Periode gänzlich.

Allmählich durchsetzen die Knoten die Wände von Vagina und Rektum, dringen bis zur Schleimhaut vor, sodaß diese ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen wird. So können sich Ulzerationen und Polypen entwickeln, die Schmerzen verursachen. Die Schmerzen sind am stärksten bei der Stuhlentleerung — auch wenn die Ulzerationen in der Vagina bzw. im Scheidengewölbe sitzen — bei der Kohabitation und bei der Periode, wenn die Wucherung mit der Menstruation in Beziehung steht, indem sie sich an der prämenstruellen Schwellung oder aber an der menstruellen Blutung beteiligt. Im Laufe von Jahren können die Knoten sich so stark zwischen Uterus und Rektum ausdehnen, daß es zu einer Verdrängung oder einer Lageveränderung des Uterus kommt. Hierdurch entsteht ein mehr oder weniger starker Druck auf die Harnblase, sodaß sich Unregelmäßigkeiten und Schmerzen bei der Harnentleerung einstellen.

Wird das Grundleiden nicht erkannt und keine Operation ausgeführt, so tritt immer nach Aufhören der Geschlechtsreife eine allmähliche Rückbildung der Wucherung ein. Es ist noch nie, selbst bei stärkster Durchwachsung der Rektalwand, eine maligne Entartung beobachtet worden.

Nach dieser kurzen Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Grundlagen, die formale und kausale Genese und die klinischen Erscheinungen und Symptome lassen wir die Krankengeschichten folgen.

Fall I.

A. Anamnese:

Die Familienanamnese bietet keine Besonderheiten.

Es handelt sich um eine 40jährige Frau, die seit 5 Jahren Witwe ist. Abgesehen von einem Typhus, den die Kranke mit 8 Jahren durchmachte, war sie immer gesund. Die Menstruation — die erste setzte mit 15 Jahren ein — war immer unregelmäßig, langdauernd, schmerzhaft und sehr stark; Patientin sprach von Blutklumpen, die bei ihr weggingen. In der Ehe hat sie 4 normale Geburten, aber keine Aborte durchgemacht; das dritte Kind ist 8 Tage nach der Geburt gestorben, die anderen Kinder sind gesund; die letzte Geburt war 1917.

Am 10. VI. 1928 — einen Tag vor der Aufnahme in die Klinik — erkrankte die Patientin ganz plötzlich, sie fühlte sich matt und elend. Bei der Aufnahme klagte sie über starke Schmerzen im rechten Unterbauch und im Rücken, über Müdigkeit und Mattigkeit.

B. Befund:

I. Allgemein-Status: Mittelgroße Frau im guten Ernährungszustand. Herz und Lungen ohne Besonderheiten. Sämtliche Reflexe sind gut auslösbar. Die Palpation des rechten Unterbauches ist schmerzhaft. Der Urin ist eiweiß- und zuckerfrei; beim Wasserlassen und Stuhlgang bestehen keine Beschwerden. Wa R negativ.

II. Gynaekologischer Befund:

a) Vaginale Untersuchung:
Die Portio steht hinter der Symphyse; der Uterus ist klein, retroflektiert, beweglich und läßt sich nach vorne bringen. Im rechten Scheidengewölbe fühlt man eine unregelmäßige, pflaumengroße, zystische Vorwölbung, die mit einem Ausläufer mit dem Uterus in Verbindung steht.

b) Rektale Untersuchung:
An der hinteren Scheidenwand fühlt man eine mäßige, knötchenförmige Verdickung.

c) Im Spekulum:
Mäßige Blutung aus dem Muttermund. Ueber der Vorwölbung im rechten Scheidengewölbe ist die Schleimhaut verschieblich. Auch im hinteren Scheidengewölbe finden sich einzelne knötchenförmige Verdickungen; zwischen diesen befinden sich braune Pünktchen, aus denen es blutet.

Es wird die Diagnose „Adenomyosis recto-vaginalis" gestellt und die Operation, und zwar die Totalexstirpation vorgeschlagen.

Operationsbericht:

Fascienquerschnitt oberhalb der Symphyse. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, daß der Uterus an der Rückwand durch feine Adhaesionsstränge mit dem Rektum und dem Netz verbunden ist. Die Stränge werden zum Teil stumpf, zum Teil scharf gelöst und die Netzzipfel unterbunden. Darauf wird der Uterus hervorgezogen. Die Adnexe sind beiderseits nicht verändert, abgesehen davon, daß sich ein Blutkoagulum in der Ampulle der rechten Tube findet. Die Ligamenta infundibulopelvica und rotunda werden beiderseits unterbunden und durchtrennt, darauf die Blase abgeschoben und die Arteriae uterinae möglichst tief unterbunden und durchtrennt. Mit dem Uterus, der aus seinem Scheidenansatz herausgetrennt wird, werden die knolligen Veränderungen im rechten Scheidengewölbe exstirpiert. Hierbei ist es nötig, sehr weit in das rechte Parametrium einzudringen und den Ureter freizulegen. Die Revision der Ureteren ergibt, daß sie nicht mitgefaßt sind und ohne Knickung in die

Blase verlaufen. Die Blutstillung im rechten Parametrium hält die Operation sehr lange auf, da es schwierig ist, die eröffneten Venen durch Unterbindungen zu fassen. Schließlich gelingt es, die Blutstillung absolut sicher zu stellen. Die Scheide wird mit Katgutknopfnähten geschlossen und das Peritoneum über dem Wundgebiet vereinigt. Das sehr kurze Netz wird nach unten gezogen und über dem Wundgebiet so weit als möglich ausgebreitet. Darauf werden die Bauchdecken in Schichten geschlossen. Der in die Scheide vom Abdomen eingeführte Streifen wird nach Schluß der Bauchdecken von der Scheide aus entfernt. Im rechten Wundwinkel der Scheide befindet sich eine für einen Finger durchgängige Oeffnung, durch welche ein Jodoformgazestreifen zur Tamponade und Drainage eingeführt wird.

Postoperativer Verlauf: Der postoperative Verlauf war insofern kompliziert, als am 6. Tag eine ausgedehnte Thrombose auf der Rückseite der Oberschenkel beiderseits bis zu den Glutealfalten auftrat. Nach 37 Tagen konnte die Patientin als geheilt mit folgendem Befund entlassen werden: Querschnitt gut verheilt. Die Scheide ist blindsackförmig geschlossen mit Bildung von zwei Seitenzipfeln. Im Spekulum sieht man die unveränderte Scheidenschleimhaut. Drüsenreste sind nicht mehr wahrnehmbar. Patientin ist bis heute gesund geblieben.

Histologischer Befund: Unter dem Epithel der Scheide finden sich zahlreiche Zysten mit koaguliertem Inhalt. Die Drüsen haben zum Teil hochschichtiges Epithel, ohne daß ihr Charakter deutlich ausgeprägt wäre. Zur Oberfläche hin finden sich Hohlräume, die zwar auch außen nur eine einfache Epithelschicht haben, die aber im Lumen deutlich cytogenes Bindegewebe enthalten. Am Schnittrand ist deutlich ein der Uterus-Mucosa entsprechender Aufbau der Drüsen, d. h. cytogenes Bindegewebe und in ihm eingelagert kleine rundliche Corpusdrüsen nachweisbar.

Die klinische Diagnose wurde also histologisch bestätigt.

Fall II.

A. Anamnese:

Die Familienanamnese bietet keine Besonderheiten.

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, die keine Geburten oder Fehlgeburten durchgemacht hat. Die Kranke war bis zur Verheiratung — vor 8 Monaten — immer gesund. Die Menstruation setzte mit dem 16. Lebensjahr ein, war immer unregelmäßig und dauerte vier bis fünf Tage. Die Blutung war nicht sehr stark und mit keinen Beschwerden verbunden. Die Kohabi-

tation verursacht leichte Blutungen, die ungefähr 5 Minuten dauern. In den ersten Wochen nach der Verheiratung klagte die Patientin auch über Schmerzen bei der Kohabitation; heute bestehen überhaupt keine Schmerzen. Patientin kommt in die Klinik wegen der Blutung bei der Kohabitation.

B. Befund:

I. Allgemeinstatus: Mittelgroße, schmächtige Frau in ziemlich schlechtem Ernährungszustand. Herz und Lungen bieten keine Besonderheiten. Der Leib ist weich und nicht aufgetrieben. Die Reflexe sind gut auslölbar Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker: beim Wasserlassen und Stuhlgang bestehen keine Beschwerden. Wa R negativ.

II. Gynaekologischer Befund.

a) Vaginale Untersuchung.

Die Portio sieht zur Symphyse und läuft spitz zu. Der Uterus ist klein, retroflektiert und fixiert. Die Adnexe lassen keinen pathologischen Befund erkennen. Die Parametrien sind frei. Im Douglas fühlt man mehrere hirsekorn- bis samenkorngroße Prominiscenzen, die verschieblich sind.

b) Rektale Untersuchung.

Im Douglas fühlt man mehrere kleinere Knoten.

c) Im Spekulum.

Blutende Prominiscenzen im hinteren Scheidengewölbe.

Es wird die Diagnose „Adenomyosis recto-vaginalis" gestellt und die Operation, und zwar die Totalexstirpation vorgeschlagen.

Operationsbericht:

Längsschnitt in der Mittellinie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet sich der Uterus retroflektiert, fixiert. Ebenso sind die Adnexe beiderseits fixiert. Nach Lösung der Adnexe erweist sich, daß sie nicht wesentlich verdickt sind. Die untere Partie der Cervix ist breit im Douglas verwachsen. Da diese Verwachsungen stumpf nicht gelöst werden können, werden zunächst beiderseits die Adnexe vom Ligamentum infundibulo-pelvicum getrennt. Sodann werden die Ligamenta rotunda abgetrennt und die Blase wird abgeschoben. Nach Unterbindung und Durchtrennung der Gefäße läßt sich nunmehr der Uterus nach vorne legen, und das Rektum kann zum Teil stumpf, zum Teil scharf abgeschoben werden. Hierbei werden mehrere kleine mit schokoladefarbenem Inhalt gefüllte Zystchen eröffnet. Nach Unterbindung der beiden Ligamenta sacrouterina und des Parakolpiums liegt die Scheide ziemlich weit frei, sodaß der Uterus nun abgesetzt werden kann.

Nach Stillung der Blutung, die aus dem Scheidenstumpf noch besteht, wird ein Streifen in die Scheide eingeführt und mit dem freien Ende das kleine Becken tamponiert; daraufhin werden die Bauchdecken wieder geschlossen.

Postoperativer Verlauf:

Der Heilungsprozeß verlief normal. Am 5. Tage nach der Operation bestand kein Fieber mehr. 17 Tage nach der Operation konnte die Patientin vollständig geheilt mit folgendem Befund entlassen werden:

Primär verheilter Längsschnitt. Die Scheide ist blindsackförmig geschlossen. Es bestehen leichte Verdickungen in der Mittellinie und im vorderen und hinteren Scheidengewölbe. Im übrigen ist das Becken frei. Bis heute ist die Patientin beschwerdefrei geblieben.

Histologischer Befund:

Zwischen Bindegewebe und Muskulatur — zu gleichen Teilen vorhanden — finden sich kleinere und größere Nester vom Bau der Uterusschleimhaut. Das Epithel der zum Teil stark zystisch erweiterten Drüsen ist regelmäßig, einschichtig zylindrisch. Diese Drüsen sind eingebettet in ein aufgelockertes, dem normalen Schleimhautstroma des Uterus ähnliches, zellreiches Gewebe, das unregelmäßig gegen die Muskulatur abgesetzt erscheint und mancherort sich weiter in die Muskulatur infiltrierend hineinschiebt.

Die Diagnose „Adenomyosis" wurde also histologisch bestätigt.

Fall III.

A. Anamnese:

Die Familienanamnese bietet keine Besonderheiten. Es handelt sich um eine 39jährige Frau, die nicht geboren, wohl 1923 einen Abort durchgemacht hat. Die Menstruation setzte mit 14 Jahren ein und war immer regelmäßig. Mit 1½ Jahren hatte die Kranke eine schwere Lungenentzündung, mit 13 Jahren Masern und Bleichsucht und mit 21 Jahren eine Mandel- und Nierenentzündung. Schon im Alter von 19 Jahren, also 1908, traten in Abständen von etwa drei Monaten Schmerzen in der linken Seite und im After immer nach der Periode auf. Die Schmerzen dauerten 1—4 Tage, in denen der Stuhlgang erschwert war. Seit der Verheiratung — 1912 — stellten sich die genannten Schmerzen in verstärktem Maße alle 4 Wochen ein, sodaß die Kranke tagelang nur gebückt gehen konnte. In den folgenden Jahren hatte die konservative Behandlung u. a. mit Wärme, Eiweiß-

einspritzungen und Pantopon nur geringen Erfolg. 1916 wurde eine „Wasserblase" in Kindskopfgröße zwischen Mastdarm und Gebärmutter operativ entfernt. Nach 3 Jahren traten die gleichen Schmerzen in der linken Seite und im After in wechselnder Stärke und ungleichmäßigen Abständen, aber immer nach der Periode, wieder auf. Da auch in diesen Jahren nach konservativer Behandlung von den verschiedensten Aerzten keine Besserung eintrat, wurde 1926 zum zweiten Mal operiert, aber ohne Erfolg. Das Krankheitsbild änderte sich insofern, als nun die Schmerzen regelmäßig am vierten Tag nach der Periode, nie während der Periode einsetzten, und zwar in der linken Seite bis zur Hüfte, im Rücken und in der Blasengegend. In dieser Zeit waren Stuhl- und Harnentleerung erschwert und mit starken Schmerzen verbunden. Jedesmal am 10. Tage hörten die Beschwerden plötzlich auf. Blase und Rektum funktionierten wieder, und die Patientin fühlte sich bis zum nächsten Anfall wohl. Dezember 1928 waren die Schmerzen so stark, daß eine dritte Laparotomie vorgenommen werden mußte. Aber schon nach der ersten Periode setzten am 4. Tage die gleichen Beschwerden wieder ein; die Behandlung mit Pantopon ging weiter.

Am 8. März 1928 wurde die Kranke während eines Anfalles mit unerträglichen Schmerzen in die Klinik eingeliefert.

B. Befund:

I. Allgemeinstatus: Mittelkräftige Frau in mäßigem Ernährungszustand. Herz und Lungen bieten keine Besonderheiten. Der Urin ist zucker- und eiweißfrei. Der Leib ist nicht aufgetrieben. Alter, sekundär verheilter Längsschnitt unterhalb des Nabels. Primär verheilter Fascienquerschnitt.

II. Gynaekologischer Befund:

Vaginale Untersuchung:

Introitus für 2 Finger durchgängig. Portio zapfenförmig, Muttermund grübchenförmig. Cervix etwas vor der Führungslinie liegend, nach vorne gedrängt durch eine hinter ihr gelegene Anschwellung, über der die Schleimhaut beweglich ist. Diese Anschwellung ist bei der

recto-vaginalen Untersuchung

besser abzutasten; man fühlt hierbei eine etwa daumendicke, unregelmäßige, knollige Anschwellung, die auch das Rektum umschließt. Sie füllt den Douglas aus, geht aber offenbar zu gleicher Zeit auch in das Beckenbindegewebe hinein. Man fühlt an mehreren Stellen knotige Verdickungen, die außerordentlich druckschmerzhaft sind. Beim Pressen einzelner dieser Knoten werden dieselben Schmerzen empfunden und geäußert, wie sie auch spontan nach der Regel auftreten, nämlich stechende Schmerzen im Mastdarm bis zum After. Der Uterus ist anteflektiert.

nicht beweglich: die Adnexe beiderseits sind mit Sicherheit nicht durchzufühlen.

Im Spekulum

sieht man auch das hintere Scheidengewölbe unregelmäßig vorgewölbt; die Scheidenschleimhaut ist intakt.

Es wird die Diagnose „Adenomyosis recto-vaginalis" gestellt und die Operation, und zwar die Totalexstirpation vorgeschlagen.

Operationsbericht:

Fascienquerschnitt in der alten Narbe. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fallen die vielen starken Adhaesionen auf, die es nicht möglich machen, an den Uterus heranzukommen. Schritt für Schritt müssen die Adhaesionen gelöst werden, was zum Teil scharf, zum Teil stumpf geschieht. Der Uterus wird nun mit der Faßzange gefaßt und vorgezogen; die ihn umgebenden Adhaesionen müssen wiederum teils scharf, teils stumpf gelöst werden. Schließlich gelangt man in den Douglas hinein, wo auf der linken Seite die schon vorher gefühlten Verdickungen wieder gefühlt werden können. Bei der Freilegung dieser Verdickungen sieht man, daß unmittelbar an den Uterus heran das Rektum gezogen ist. Eine Möglichkeit, zwischen Uterus und Rektum weiter zu kommen, ist zunächst nicht gegeben. Es wird zuerst auf der rechten Seite die Tube abgesetzt, die Blase abgeschoben und die Arteria uterina abgebunden und durchtrennt. Es wird nunmehr versucht, auf der linken Seite, wo die Adnexe fehlen und eine feste Adhaerenz besteht, an Uteruskante und Rektum vorbei in die Tiefe zu kommen, was aber nicht möglich ist. Es wird deshalb zunächst die Scheide eröffnet, die Scheide mit circulärem Schnitt umschnitten und mit kleinen Zangen die Blutung gestillt. Nun gelingt es leicht, die Portio heraufzureißen und den Uterus aus seinen Verbindungen mit dem Rektum teils stumpf, teils scharf zu lösen. Der Uterus ist schließlich nur noch durch die Arteria uterina mit der linken Seiten verbunden. Die Verbindungsstränge werden unterbunden und durchtrennt, dann der Uterus herausgenommen. Blutstillung, Säumung der Scheide. Einlegen eines Jodoformstreifens in die Scheide, der mit einem Drittel auf den Scheidenstumpf zu liegen kommt. Teil-Resektion des mit einem Corpus luteum durchsetzten Ovars. Ueberdeckung des ganzen Wundgebietes mit dem Sigmoideum. Toilette der Bauchhöhle. Verschluß der Bauchdecken in Schichten.

Postoperativer Verlauf:

Der Heilungsprozeß war normal. Die Patientin machte während der Genesung in der Klinik die Zeit ihrer Periode ohne irgendwelche Beschwerden durch und konnte am 13. Tage als geheilt mit folgendem Befund entlassen werden:

Die Scheide ist blindsackförmig geschlossen. Im rechten Parametrium befindet sich eine kleinfingerdicke Narbe. Die Rektaluntersuchung ergab keine Besonderheiten. Bis heute hat die Patientin keinerlei Beschwerden mehr gehabt.

Histologischer Befund:

Dichtes, derbes Bindegewebe ist von Schleimhautinseln durchsetzt, die typische Uterusschleimhaut darstellen. Die Drüsen in dieser Mucosa tragen den Charakter der Corpusdrüsen. Die Drüsenlumina sind teilweise eng, teilweise stark erweitert. Der Epithelbesatz ist einreihig und gleichmäßig. Muskelgewebe ist verhältnismäßig wenig vorhanden. Auch in diesem Falle wurde also die klinische Diagnose bestätigt.

Bei einer kritischen Betrachtung zeigen die eben dargelegten Fälle auf den ersten Blick recht unterschiedliche klinische Erscheinungen.

Im 1. Fall handelt es sich um eine Frau im geschlechtsreifen Alter, die keine infantilen Merkmale aufweist. Sie hat 4 Kinder; die letzte Geburt aber liegt 10 Jahre zurück. Klinisch stehen Schmerzen im Vordergrund, die ganz akut im rechten Unterbauch und im Rücken auftraten. Bei der vaginalen und rektalen Untersuchung fanden sich eine unregelmäßige Vorwölbung im rechten und eine knötchenförmige Verdickung, aus der es wenig blutete, im hinteren Scheidengewölbe. Sonst konnte kein pathologischer Befund erhoben werden. Der Knötchenbefund mit Blutungen im Scheidengewölbe, der akute Schmerz und die unregelmäßige Menstruation, die immer sehr stark und schmerzhaft war, wiesen uns auf das Krankheitsbild der Adenomyosis recto-vaginalis hin.

Auch im 2. Fall handelt es sich um eine Frau im geschlechtsreifen Alter, bei der keine Störungen in der Entwicklung vorhanden sind. Die Kranke hat nicht geboren und nicht abortiert. Die Menstruation war unregelmäßig, aber nicht schmerzhaft. Schmerzen waren nur zeitweise bei der Kohabitation vorhanden. Diese übte einen Reiz auf mehrere Prominiszenzen, die bei der klinischen Untersuchung im hinteren Scheidengewölbe nachweisbar waren, aus. So entstanden während des Koitus Schmerzen und leichte Blutungen.

Trotz des geringen klinischen Befundes ließen die blutenden Knötchen an die Adenomyosis im Scheidengewölbe denken.

Einen ganz anderen klinischen Verlauf zeigt der dritte Fall. Die Körperentwicklung war bei der Kranken normal, die Menstruation immer regelmäßig. Die Patientin hat nicht geboren, wohl einen Abort durchgemacht, der aber 6 Jahre zurückliegt.

Während des ganzen Lebens wird die Kranke von Schmerzanfällen, die einmal unregelmäßig, dann wieder regelmäßig auf-

einanderfolgen, geplagt. Die Schmerzen traten immer nach der Periode, später immer am 4. Tag nach jeder Periode auf. Während der Anfälle setzten auch Mastdarm- und Blasenstörungen ein. Die Schmerzen im Rücken und im After waren oft so unerträglich, daß jahrelang von den verschiedensten Aerzten bei konservativer Behandlung Pantopon verschrieben werden mußte. Trotz dreimaliger Laparotomie wurde die richtige Diagnose nicht gestellt und hierdurch immer nicht zum Ziel führende Operationen vorgenommen.

Die Untersuchung ergab eine unregelmäßige knollige Anschwellung im Douglas, die das Rektum umschloß und auf Druck schmerzhaft war.

Die langfristige Anamnese, die starken Schmerzen, die mit der Menstruation im Zusammenhang stehen und der Untersuchungsbefund sind charakteristisch für die Adenomyosis rectovaginalis.

In der Einleitung erwähnten wir die verschiedenen Symptome, die als charakteristisch für die Adenomyosis recto-vaginalis angegeben werden. Bei unseren Fällen ist nur die Knötchenbildung im Scheidengewölbe, die jedoch allein zur richtigen Diagnosestellung einer Adenomyosis genügt, als regelmäßiges Symptom vorhanden. Die übrigen Erscheinungen sind häufig, werden aber nicht bei allen Kranken beobachtet.

Die Knötchenbildung ließ sich in allen Fällen bei der rectovaginalen Untersuchung feststellen, und zwar handelte es sich bei Fall I um unregelmäßige, pflaumengroße, cystische Vorwölbungen im rechten und eine mäßige, knötchenförmige Verdickung im hinteren Scheidengewölbe, bei Fall II waren mehrere hirse- bis samenkorngroße Knoten im Douglas vorhanden und bei Fall III fand sich eine etwa daumendicke, unregelmäßige, knollige Anschwellung, die den Douglas ausfüllte und das Rektum umschloß.

Wichtige klinische Zeichen sind Schmerzen, die akut auftreten können (bei Fall I im rechten Unterbauch und im Rücken), schon seit Jahren bestehen und sich ins Unerträgliche steigern können (Fall III) oder auch gänzlich fehlen können (Fall II).

Bei Fall I war die Menstruation immer unregelmäßig, langdauernd, schmerzhaft und sehr stark, bei Fall II war sie unregelmäßig, aber nicht schmerzhaft und bei Fall III vollständig normal. Bei diesem letzten Fall aber setzten die Schmerzen in der rechten Seite und im After im Anfang, in größeren Abständen, aber immer nach der Periode und später immer am 4. Tage nach jeder Periode ein. Diese Erscheinungen sind nur dadurch zu erklären, daß ein Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus mit hormonaler Beeinflussung bestand.

Schmerzen im Mastdarm bis zum After, besonders bei der Stuhlentleerung, sind dann vorhanden, wenn die Wucherung das Rektum mitergriffen hat oder aber als knollige Verdickung das Rektum umschließt. Kommt es infolge der großen Ausdehnung der Wucherung zu einer Verdrängung des Uterus nach vorne und hiermit zu Druckerscheinungen auf die Harnblase, so stellen sich Störungen der Blasenentleerung ein. Beides findet sich bei Fall III, und der Operationsbefund bestätigt unsere Annahme über die Entstehung der Mastdarm- und Blasenbeschwerden. Bei den anderen Fällen waren diese Schmerzen nicht vorhanden, da durch die frühzeitige Diagnose die Operation im Anfangsstadium der Erkrankung ausgeführt wurde.

Kleine Zysten im recto-vaginalen Zwischengewebe führen, besonders wenn sie an der Oberfläche der Schleimhaut sitzen, zu Blutungen in die Vagina (Fall I und II) und können Schmerzen auslösen (Fall II). Diese Symptome (Zysten mit Blutungen) fehlen bei Fall III vollständig. Entleeren sich die Zysten nicht, so dickt sich der blutige Inhalt langsam ein, wird schokoladenfarbig und von rahmiger Konsistenz, wie wir es bei Fall II fanden.

Häufig soll die Adenomyosis mit Teerzysten des Ovariums, die infolge Rückstauung bei der menstruellen Blutung entstehen, vergesellschaftet sein. Wir konnten keinen derartigen Befund erheben und fanden nur bei Fall I ein Blutkoagulum in der Ampulle der rechten Tube. Damit soll das Vorkommen von Teerzysten bei der Adenomyosis natürlich nicht bestritten werden.

Zwei Frauen (Fall II u. III) waren steril; die dritte Frau (Fall I) hat zwar 4 Kinder, die letzte Geburt aber liegt 10 Jahre zurück.

Für eine Differentialdiagnose gegenüber anderen Erkrankungen, z. B. Parametritis posterior oder Carcinom können alle diese Symptome von ausschlaggebender Bedeutung sein, sie müssen aber nicht vorhanden sein. Daher ist es wertvoll zu wissen, daß sich bei der Adenomyosis recto-vaginalis fast immer eine knotige, harte, mehr oder weniger weit ausgebreitete Infiltration, die bei der Untersuchung meist schmerzhaft ist, im hinteren Scheidengewölbe feststellen läßt.

Unsere Fälle sollen zeigen, daß die Adenomyosis recto-vaginalis durchaus keine Seltenheit darstellt, und daß die Diagnose aus den klinischen Symptomen gestellt werden kann. Dies wird bei der Beachtung der charakteristischen Zeichen in den meisten Fällen möglich sein.

Zu besonderem Dank bin ich Herrn Professor Schmidt verpflichtet für die Anregung zu diesem Thema und für den Rat, den er mir bei der Anfertigung zuteil werden ließ.

Literatur.

Albrecht: Pathologische Anatomie und Klinik des Adenomyoms und der Adenomyosis, Biologie und Pathologie des Weibes. Halban-Seitz, IV. Bd., S. 269.

Artusi: Ueber die kausale Genese der adenomyomatösen Wucherungen des weiblichen Genitalapparates, Arch. Gynäk. 122. H. 1, 114 (1924).

Baer: Heterotope endometrioide Wucherungen. Zbl. f. allg. Pathologie 1928, Bd. XLI, S. 483.

Becker: Zwei Fälle von Adenomyositis uteri et recti. Zbl. Gynäk. 1920, No. 19, 490.

Frankl: Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Adenomyosis, Zbl. Gynäk. 1923 No. 7, 241.

Haselhorst: Ueber Adenomyosis utero-rectalis, Zbl. Gynäk. 1927, No. 37, 2363.

Heuber: Die heterotope endometroide Epithelwucherung am weiblichen Genitale in dem anglo-amerikanischen Schrifttum, Mon. f. Geb. u. Gyn. 1925, LXVIII S. 123.

Hermstein: Durchbruch einer Ovarialendometriose in die Scheide, Zbl. Gynäk. 1929 No. 3, 135.

De Josselin: Zur Frage der Endometriosis resp. Deciduosis externa (peritonealis), Virchow's Arch. 262, H. 3, 735 (1926).

Lauche: a) Zur Frage der Entstehung der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut, Zbl. Path. 35, 676 (1924).

b) Bemerkungen zu der Arbeit von Ulesco-Stroganowa über Decidualbildung in der Scheide, zugleich ein Beitrag zur Diagnostik der Fibroadenomatose des Septum recto-vaginale, Zbl. Gynäk. 1924, No. 45 S. 2460.

c) Ueber die heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut. Ein kritischer Sammelbericht, Mon. f. Geb. u. Gyn. 1925 LXVIII S. 113.

Meyer, Robert: a) Ueber den Stand der Frage der Adenomyome im allgemeinen und insbesondere über Adenomyositis seroepithelialis und Adenomyometritis sarcomatosa, Zbl. Gynäk. 1919 No. 36, 745.

b) Adenomyosis, Adenofibrosis. Die pathologische Anatomie der Gebärmutter, Sonderabdruck aus dem Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, Henke-Lubarsch S. 249.

Meyer u. Kitai: Bemerkungen über endometrane Adenomyosis uteri in anatomischer Beziehung und insbesondere über die histologische Wirkung der heterotopen Zellwucherung mit kurzer Bemerkung zur Theorie von Sampson, Zbl. Gynäk. 1924 No. 45, 2449.

Sitzenfrey: Das Uebergreifen der Adenomyome des Uterus auf den Mastdarm, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1909 B LXIV, 538.

Lebenslauf.

Am 14. November 1907 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Selig Lucas in Eschweiler geboren. Von Ostern 1913 besuchte ich die israelitische Volksschule zu Eschweiler, von Ostern 1917 das Realgymnasium zu Eschweiler, wo ich 1926 die Reifeprüfung ablegte. In den vorklinischen Semestern studierte ich in Freiburg, München und Bonn. In Bonn machte ich im März 1928 das Physikum. Die klinischen Semester verbrachte ich in Freiburg, Bonn und Düsseldorf. Im Juli 1931 bestand ich an der Akademie zu Düsseldorf das medizinische Staatsexamen.